

Rozdział 4

Sposoby leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu

4.1. Nieinwazyjne sposoby leczenia WNM

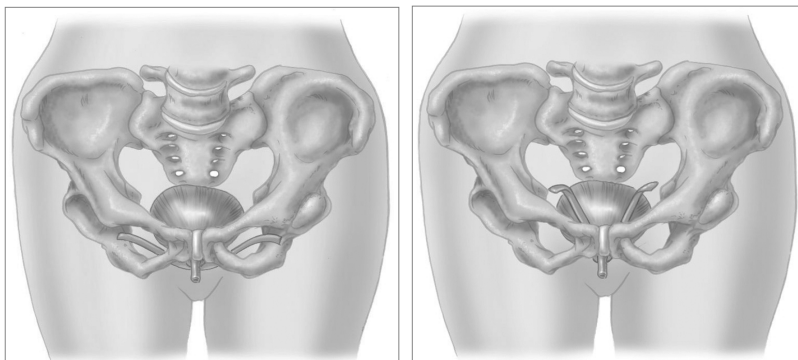
Leczenie nieinwazyjne jest najtańszą i bezpieczną dla pacjentki metodą leczenia. Należą do niego farmakoterapia, fizjoterapia oraz terapia behawioralna (wykorzystująca utrwalenie określonych wzorców zachowań). Mieszana postać NTM z komponentem pęcherza nadreaktywnego wymaga leczenia farmakologicznego preparatami antycholinergicznymi. Substancje te (m.in. oksybutynina, tolterodyna, solifenacyna), wchodząc w reakcję z receptorami muskarynowymi, zmniejszają liczbę parć nagłych, a co za tym idzie – również epizodów gubienia moczu z nimi związanych. Również terapia miejscowa z wykorzystaniem preparatów estrogenowych, a także kwasu hialuronowego poprzez zwiększenie turgoru i napięcia tkanek pochwy może w pewnym stopniu złagodzić dolegliwości nietrzymania moczu [1]. Lekiem stosowanym do leczenia izolowanej postaci wysiłkowego NTM jest duloksetyna, inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny. Zwiększa przewodnictwo nerwowe do zewnętrznego zwieracza cewki moczowej i powiększa pojemność pęcherza poprzez wpływ na ośrodkowy układ nerwowy. Lek ten został poddany badaniom klinicznym przedrejestracyjnym. Nie bez znaczenia w leczeniu słabo nasilonych objawów gubienia moczu jest postępowanie fizjoterapeutyczne. Obejmuje ono elektro-

terapię, kinezyterapię i biofeedback. Prekursorem ćwiczeń mięśni dna miednicy był Arnold Kegel. Ćwiczenia przez niego zaproponowane prowadzą do wzmocnienia całego segmentu mięśni dna miednicy w celu przywrócenia prawidłowego położenia narządów miednicy. Rozpoczęcie terapii powinno nastąpić w chwili pojawienia się pierwszych objawów gubienia moczu. Najlepsze wyniki leczenia zachowawczego są osiąmane w wysiłkowej i mieszanej postaci NTM stopnia pierwszego i drugiego (odpowiednio 80 i 50% pozytywnych wyników). Opisywane metody wymagają dużego zaangażowania pacjentki i wielomiesięcznego treningu [2].

4.2. Leczenie operacyjne

Główną metodą leczenia WNM jest leczenie operacyjne. W 1949 roku Marshall-Marchetti i Krantz opisali operacyjne podwieszenie szyi pęcherza moczowego do okostnej spojenia łonowego [3]. Ze względu na powikłania, tj. zapalenie okostnej spojenia łonowego, metoda ta została wyparta przez bardziej nowoczesne sposoby leczenia. Kolejną techniką operacyjną zaproponowaną przez Burcha w 1961 roku było podwieszenie cewki moczowej i szyi pęcherza moczowego poprzez uniesienie tkanek okołopochwowych i przyszycie ich do więzadeł Coopera (więzadła biodrowo-grzebieniowe) obustronnie. Operacja ta wciąż jest uznawana za „złoty standard” wśród zabiegów operacyjnego leczenia WNM [4–6]. W 1991 roku Vancailie opisał pierwszą kolposuspensję sposobem laparoskopowym. Od tego czasu możliwe jest wykonywanie operacji typu Burcha bez otwierania jamy brzusznej [7].

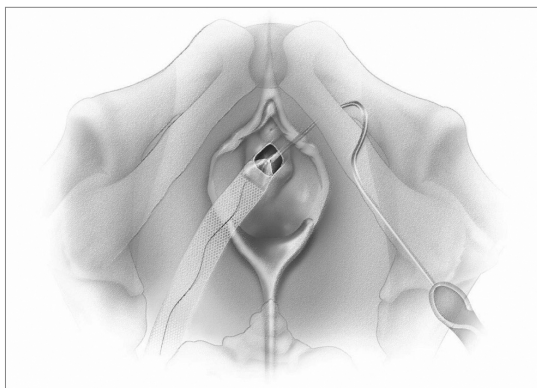
Obecnie dominującymi zabiegami w leczeniu WNM są zabiegi wykorzystujące sztuczne materiały syntetyczne, tzn. taśmy polipropylenowe monofilamentowe [8]. Mogą one być prowadzone załono-wo lub przezzaślono-wo, a także pod środkowym odcinkiem cewki bez konieczności wprowadzania taśmy na skórę krocza (Ryc. 2).



Ryc. 2. Porównanie przebiegu taśmy podcewkowej typu TOT przez otwory zasłonięte (po stronie lewej) z taśmą typu TVT załonową (po stronie prawej) (wykorzystano za zgodą Optimed Pro-Office, AMS – American Medical Systems)

Sposoby te wiążą się z uwarunkowaniami anatomicznymi kostnych struktur miednicy mniejszej. Dostęp załonowy oznacza prowadzenie taśmy za kością łonową symetrycznie pod cewką moczową. Podobnie dostęp przez otwory zasłonięte wymusza położenie taśmy pod cewką i wyprowadzenie jej w fałdzie skórny pachwin obustronnie. Położenie ultrakrótkiej taśmy ogranicza ją do okolicy podcewkowej. Czas obserwacji dla tych technik operacyjnych sięga 1995 roku, kiedy to Ulmsten i Petros opisali zastosowanie taśmy beznapięciowej w operacyjnym leczeniu WNT (*tension free vaginal tape* – TVT). Do najczęściej obserwowanych powikłań tego zabiegu należy perforacja pęcherza moczowego (do 17%). Zaproponowanie drogi przez otwory zasłonięte (*transobturator tape* –TOT) pozwoliło na zmniejszenie opisywanego przy TVT powikłania (Ryc. 3). Technika ta może się wiązać również z wystąpieniem tzw. erozji taśmy (od 3 do 10% przypadków w zależności od ośrodka) [9].

W leczeniu WNM wykorzystywane są również techniki tzw. ostrzykiwania okołocewkowego lub przezcewkowego. Materiałami



Ryc. 3. Prowadzenie taśmy wraz z helikalną igłą systemu TOT (wykorzystano za zgodą Optimed Pro-Office, AMS)

wykorzystywanymi w tej metodzie są m.in. silikon, teflon lub hydrożele. Za ich stosowaniem przemawia niskie ryzyko powikłań i możliwość wykorzystania ich w sytuacji, gdy wcześniejsze zabiegi nie przyniosły poprawy [10].

Bibliografia

1. Włazlak E., Surkont G., Stetkiewicz T., Suzin J., *Wpływ wybranych metod nieoperacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) na jakość życia pacjentek*, „Prz. Menopauz.” 2005, 2, s. 53–60.
2. Bø K., Hilde G., *Does it work in the long term? A systematic review on pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence*, „Neurourol. Urodyn.” 2013, 32(3), s. 215–223.
3. Marshall V., Marchetti A., Krantz K., *The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension*, „Surg. Gynecol. Obstet.” 1949, 88(4), s. 509–518.
4. Burch J., *Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele, and prolapse*, „Am. J. Obstet. Gynecol.” 1961, 81, s. 281–290.

5. Hilton P., Stanton S.L., *A clinical and urodynamic assessment of the Burch colposuspension for genuine stress incontinence*, „Br. J. Obstet. Gynaecol.” 1983, 90(10), s. 934–939.
6. Langer R., Lipshitz Y., Halperin R., Pansky M., Bukovsky I., Sherman D., *Long-Term (10–15 years) follow-up after Burch colposuspension for urinary stress incontinence*, „Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.” 2001, 12(5), s. 323–326; dyskusja 326–327.
7. Vancaillie T.G., Schuessler W., *Laparoscopic bladderneck suspension*, „J. Laparoendosc. Surg.” 1991, 1(3), s. 169–173.
8. Roy S., Bramley T.J., Hinoul P., Migliaccio-Walle K., Li H., *Economic considerations for mid-urethral sling procedures among patients with stress urinary incontinence*, „J. Long Term Eff. Med. Implants” 2013, 23(1), s. 1–8.
9. Rechberger T., *Leczenie operacyjne nietrzymania moczu u kobiet – aktualne trendy*, „Prz. Urol.” 2007, 1(41).
10. Lucas M.G., Bosch R.J., Burkhard F.C., Cruz F., Madden T.B., Nambiar A.K., Neisius A., de Ridder D.J., Tubaro A., Turner W.H., Pickard R.S., *EAU guidelines on surgical treatment of urinary incontinence*, „Actas Urol. Esp.” 2013, 37(8), s. 459–472.